

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 416

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Jacques, Raoul PLANCHON

Né le 5 Septembre 1929 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

**SUR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE
DU CANCER DU CAECUM
A PROPOS DE 10 OBSERVATIONS**

Président : Monsieur SICARD (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

No

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques, Raoul PLANCHON

Né le 5 septembre 1929 à P A R I S

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

SUR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE
DU CANCER DU CAECUM
A PROPOS DE 10 OBSERVATIONS

-:-

Président : Monsieur SICARD (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	PASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Hôtel-Dieu	BROCC
Cliniques Chirur. { Broussais	G. d'ALLAINES
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique }	MERLE d'AU-
Clinique de Cardiologie	BIGNE
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie }	MOUQUIN
Clinique chir. pleuro-pulmon.	FEVRE
Clinique de la Tuberculose	MONOD
Clinique de neuro-chirurgie	BERNARD E.
Clinique de Puériculture	(PETIT-
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	DUTAILLIS
Clinique des maladies du sang	LELONG
Clinique des maladies du systè- me nerveux }	DEGOS
	CHEVALLIER
	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
Cliniques Médicales	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.-- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSER GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J DUPERRAT TUCHMANN BULLIARD COUJARD N...	Pat. Chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl) POILLEUX THOMERET VERNE (J M) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI Melle LEVY CHEYMOL BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS
Ana. Path.		Pat. expé- riment.	
Bactério- logie			
Biol. méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syphil.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine		Pat. méd.	
légale et du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmo- logie		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngo.)			
Parasito.		Physiol.	
Parasito.col.		Physique	
Pat. chir.		médicale	
		Pneum. phtis.	

A mon Père et à ma Mère

Leur abnégation, leur courage
et leur affection m'ont toujours soutenu.

A ma Soeur

A ma Famille

A tous mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0053

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur STUHL

A qui nous devons nos connaissances
en radiologie et l'orientation
de notre jeune carrière et qui
qui a bien voulu nous inspirer
ce sujet et nous aider dans sa
réalisation.

Qu'il veuille trouver ici l'ex-
pression de notre reconnaissance
pour l'intérêt et le soutien
qu'il n'a jamais cessé de nous
accorder.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

A mon Jury de Thèse.

1. $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion ces derniers temps de suivre plusieurs malades atteints de tumeur caecale.

Pour plusieurs d'entre eux le diagnostic posait d'importantes difficultés tant cliniques que radiologiques : et il nous est apparu intéressant de reprendre à l'appui de ces observations le problème diagnostique posé par ces tumeurs.

Or, pour difficile qu'il soit, ce diagnostic n'est pas impossible si l'on emploie une méthode rigoureuse, et ce sera l'objet de notre travail que de montrer quels sont les moyens à employer pour y aboutir.

Après un bref rappel historique étiologique et histologique de ces tumeurs, nous décrirons nos observations, et nous dégagerons de leur étude les problèmes tant cliniques que radiologiques qui se sont posés, en insistant sur la partie purement radiologique.

L'interprétation de clichés correctement pris à un stade de tout début, devrait permettre de porter le diagnostic devant

de petites images, alors que la clinique est encore muette.

Cependant, nous verrons que dans la pratique, les malades viennent consulter beaucoup trop tard et que l'on se trouve presque toujours devant des images importantes, témoins des lésions déjà avancées.

-:-

HISTORIQUE

-:-

L'étude du cancer du caecum débute avec la première opération de résection pratiquée par KRAUSSOLD en 1879.

Jusqu'à cette date la littérature ne relate que quelques observations de tumeurs malignes reconnues à l'autopsie et diagnostiquées par un examen histologique.

A la suite des tentatives à la fois éclatantes et désastreuses de KRAUSSOLD, CZERNY, WHITEHED, BILLROTH, les affections du cancer du caecum sont inscrites à l'ordre du jour scientifique, et dès lors les travaux se multiplient.

En France, avant le début du XXème siècle, il faut citer les noms de BOUILLY, PEAN et Th. AUGER, qui s'intéressent au problème chirurgical posé par ces tumeurs.

Le caecum est mis hors cadre alors que tous les autres cancers de l'intestin restent confondus, tant du point de vue clinique que thérapeutique.

Il faut attendre les travaux de QUENU et DUVAL, puis de BOVIS en 1901, pour que l'étude du cancer du côlon devienne fragmentaire et particulière.

Et depuis, il est classique d'opposer les cancers du côlon droit à ceux du côlon gauche.

Des études fragmentaires entreprises alors, il faut citer :

- la thèse de PENTO en 1904, consacrée au cancer de l'angle droit,

- la thèse de DESMAREST, inspirée en 1908 par Édouard QUENU sur les cancers du caecum, la thèse de CUGNIER, en 1912, où sont étudiés les cancers de la valvule iléo-caecale.

Mais des travaux ultérieurs schématisèrent encore plus la question : l'hémi-colectomie droite s'opposant aux colectomies segmentaires du côlon gauche.

Jean GOSSET, en 1933, fait dans sa thèse une étude tant clinique que thérapeutique des cancers du côlon droit, et s'attache à décrire la technique de l'hémi-colectomie droite en deux temps pour la plupart des cas.

Puis ce sont des travaux de technique pure qui furent publiés et les progrès de la chirurgie colique permirent d'aboutir au stade actuel de l'hémi-colectomie en un temps.

Mais tout cet historique est avant tout chirurgical puisque le domaine thérapeutique domine évidemment la question.

Dans le domaine radiologique, il faut citer : RACHET, BUSSON et MORIN, qui amenèrent une unité dans la description des images radiologiques : les aspects

rencontrés se ramenant à une image type :
la LACUNE.

Au Congrès Français de Chirurgie de Paris en 1952, M. ROUX précise les conditions nouvelles créées par les thérapeutiques modernes, qui permettent l'exérèse en un temps.

—:—

ETIOLOGIE

-:-

Ce chapitre présente aux yeux du radiologiste un intérêt divers.

L'âge sélectif des tumeurs du caecum se situerait aux alentours de la cinquantaine, mais cette notion classique ne semble pas devoir être retenue, dans nos observations: l'âge de nos malades est très variable.

Beaucoup plus intéressante est l'étude des antécédents du malade.

Si le cancer peut se développer sur un côlon sain et parfaitement normal, on trouve fréquemment une atteinte chronique intestinale :

- colite chronique,
- amibiase,
- diverticulose.

Tous ces antécédents se traduisant par des images radiologiques qui leur sont propres et qui viennent se surajouter aux signes discrets du cancer à son début. C'est dire l'importance qu'ils prennent par les difficultés d'interprétation qu'ils entraînent.

-:-

HISTOLOGIE

— : —

Macroscopiquement, on distingue différents types :

Cancers végétants ou encéphaloïdes :

De siège volontiers caecal ou ascendant, ils sont très étendus en hauteur. C'est une tumeur molle en chou-fleur, faisant nettement saillie à l'intérieur de la lumière intestinale. Son centre s'ulcère fréquemment, créant un cratère recouvert de fausses membranes.

Le cancer villositaire représente une forme particulière. La masse tumorale profondément lobulée prend un aspect chevelu et sa base d'implantation est beaucoup plus large que dans la forme précédente.

Cancer infiltrant ou squirrhe :

Reconnaissable à la seule inspection de la face externe du côlon ; il forme un anneau nettement limité occupant toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

Dans cette forme, ce n'est que tardivement que la muqueuse change d'aspect, devient blanchâtre et se couvre d'ulcères.

tions. La partie de l'intestin qui se trouve en amont de la lésion est généralement distendue.

Forme mixte :

Ce sont en fait les plus fréquents : soit qu'il existe quelques bourgeonnements au niveau de la sténose, soit qu'une tumeur bourgeonnante présente une base largement indurée. Dans tous les cas, ces tumeurs rétrécissent la lumière intestinale et la sténose qui en résulte se développe plus ou moins rapidement, suivant le type de lésion observé.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen microscopique permet de classer ces tumeurs en trois variétés :

- Les épithéliomas cylindriques ou typiques :

Ce sont des adéno-carcinomes caractérisés par la présence de pseudo-tubes glandulaires, rappelant l'aspect normal.

La malignité n'est affirmée que par la présence de mitose anormale, la disparition des cellules mucipares, l'effondrement par place de la basale, l'infiltration des couches de la paroi colique.

- Les épithéliomas atypiques ou indifférenciés :

Ils sont faits de cellules ayant perdu l'aptitude à toute orientation et au groupement épithélial. Ce sont des carcinomes pleins avec boyaux cellulaires sans lumière.

- Les cancers colloïdes ou à dégénérescence mucoïde :

Ici, les cavités tubulaires devenues kystiques, se remplissent de mucus et peuvent venir affleurer la sous-séreuse. Ils essaient par rupture dans le péritoine.

Typiques ou atypiques, les épithéliomas peuvent se compliquer soit d'un processus fibreux avec prolifération conjonctive, réalisant un squirrhe ; soit d'un processus inflammatoire de suppuration ou de nécrose réalisant de vastes ulcérations.

Deux cas particuliers sont à noter :

- La limite colique, infiltration d'éléments tumoraux sphériques à l'intérieur des différents plans de la paroi ; cet aspect rappelle celui de la limite gastrique.

Cette forme peut coexister avec un cancer gastrique ou lui succéder , ou même participer au syndrome de tumeurs étagées du tractus digestif de Bensaude et Okinczie.

- Les tumeurs conjonctives très rares, mais de localisation fréquemment caecale. Nous ne ferons que les citer :

- Lymphocytomes
- Lymphoblastomes
- Réticulosarcomes
- Neurofibrosarcomes
- Angiosarcomes

Ces trois dernières formes étant encore plus exceptionnelles.

Cette classification en données macro-

scopiques et microscopiques est d'une grande importance.

En effet, la première conditionne les facteurs mécaniques ; quant à la seconde, elle renseigne sur le type de la tumeur existante et par là, sur son évolution propre.

Mais ces deux classifications ne sont pas liées, différents types histologiques pouvant donner des formes bourgeonnantes par exemple.

C'est dire l'impossibilité, à partir d'un certain stade d'évolution, de faire un rapprochement quelconque entre l'aspect observé sur les clichés et le type de lésion auquel il correspond.

EXTENSION.

—:—

Son étude si importante du point de vue pronostique devra être appréciée dès l'examen radiologique.

En s'aidant de manoeuvres adjuvantes, pratiquées sous radioscopie : manipulation, toucher rectal ou vaginal, opacification des organes voisins.

Mais il faut se rappeler que l'extension visible par ces procédés ne correspond pas toujours aux limites anatomiques réelles, les lésions débordant souvent les images visibles.

Cette extension peut se faire :

1° - sur la paroi de l'intestin, le cancer s'étend transversalement et tend à devenir circulaire. La propagation en longueur suivant l'axe de l'intestin est moins rapide et se fait surtout suivant le sens du courant digestif.

En profondeur, les différentes tuniques sont envahies successivement, mais la séreuse péritonéale réalise pendant longtemps une barrière efficace à la propagation.

2° - Aux organes du voisinage. L'extension extra-pariétale du cancer varie avec son siège, et si à tous les niveaux il peut infiltrer la paroi postérieure iléo-lombaire, seuls les cancers du caecum envahissent la paroi antérieure du fait de leur position superficielle.

L'épiploon, les anses grêles, la vessie, les organes génitaux chez la femme, et même le côlon sigmoïde, s'il est un peu flexueux, peuvent être intéressés en cas de caecum pelvien.

Il faut ajouter à l'extension propre du cancer, l'infection péri-néoplasique qui existe constamment.

Elle se traduit par une réaction sclérolipomateuse qui peut doubler le volume propre de la tumeur.

Partis de l'ulcération cancéreuse, les processus septiques gagnent les espaces cellulaires rétrocoliques et du mésocôlon, et soudent la tumeur à la paroi antérieure et postérieure, voire à l'épiploon et aux anses grêles.

Cette infection favorise la propagation cancéreuse qui suit son trajet.

De véritables abcès se réalisent et peuvent s'ouvrir dans un organe creux de voisinage : intestin, vessie et parfois même la peau.

La péritonite est rare, mais d'emblée généralisée.

La propagation lymphatique est constante et précoce, mais capricieuse ; elle

présente une importance capitale pour le pronostic.

Les lymphatiques suivent le trajet des artères et à droite, ils se dirigent vers le ganglion de l'angle iléo-colique ; puis cheminent vers la chaîne du bord interne du caeco-ascendant et le long des bords de l'iléon terminal.

De là, ils se jettent dans les ganglions angulaires de la division artérielle de la base du mésentère pour atteindre enfin les ganglions mésentériques et lombaires.

Dernièrement, GILCHRIST et GRINNET montrèrent qu'au moins au début la propagation lymphatique est de type embolique. L'artère ganglionnaire commence dans la zone sous-scapulaire puis gagne le centre.

Les ganglions forment longtemps un barrage efficace à la propagation cancéreuse tant qu'ils ne sont pas complètement détruits.

Dans quelques cas, GILCHRIST observe un envahissement rétrograde.

Les ganglions centraux étaient envahis par la tumeur et le blocage lymphatique dirige la lymphe vers des voies collatérales.

En fait, il est rare de voir un ganglion central envahi si les groupes périphériques ne sont pas complètement détruits ; et pour DELARUE beaucoup de prétendues adénopathies ne seraient en fait que des foyers de métastases cellulo-graisseuses.

L'envahissement veineux a été étudié

récemment par BERRINGER qui trouve une atteinte dans 38 % des cas, tant du point de vue histologique que radiologique en étudiant la pièce après injection de substance opaque dans les veines.

METASTASES

-:-

Classiquement, elles sont rares et ne se verraient que chez les malades ayant subi une intervention palliative d'entéro-anastomose.

La plus habituelle est la métastase péritonéale, avec son ascite hémorragique. Les localisations secondaires au foie sont plus rares.

Signalons que les tumeurs du côlon peuvent être à l'origine d'un syndrome de Krukenberg, quoique la localisation initiale gastrique soit plus fréquente.

-:-

OBSERVATION N° I

Il s'agit d'une femme de soixante douze ans, dont le premier épisode digestif connu remonte à un an environ ; il consistait en de petites pertes de connaissance subites, suivies de vomissements et de quelques selles diarrhéiques.

Tous ces symptômes cèdent en vingt-quatre heures.

Le médecin consulté alors pense à un petit spasme vasculaire d'origine centrale.

Signalons, en outre, pour sa rareté, qu'à la même époque, la malade a présenté une paralysie à frigore du moteur oculaire externe.

Six mois plus tard, se dessine un nouvel épisode semblable au premier.

Au mois d'août, à son retour de vacances, son entourage est frappé par un fléchissement de son état général : un amaigrissement de trois kilogrammes environ, fatigue, pâleur importante, qui entraîne une nouvelle consultation.

On fait pratiquer un examen sanguin qui révèle une anémie hypochrome ferriprive à

3.500.000. Avec une formule blanche normale.

L'existence de cette anémie ferriprive entraîne une recherche systématique pour déceler la possibilité d'une tumeur maligne. Cette malade est confiée au Dr. DRAMEZ qui pratique d'abord une radiographie pulmonaire à cause de plusieurs épisodes de trachéite dans les antécédents immédiats. On ne découvre rien.

Les différents examens : génitaux, mammaires, urinaires restent également négatifs.

Il explore alors l'appareil digestif : l'oesophage et l'estomac sont rigoureusement normaux.

Un lavement baryté est pratiqué, le liquide opaque progresse normalement jusqu'au niveau de l'angle droit où il marque un temps d'arrêt ; puis l'ascendant se remplit, mais le bas-fond caecal n'est pas atteint.

En effet, le produit opaque bute sur un obstacle, et les différents clichés pris à ce niveau montrent l'existence d'une importante lacune au niveau du bas-fond caecal. Seules des images imprécises et déchiquetées existent au niveau de ce qui devrait être le caecum et dessinent un défilé anfractueux.

La valvule de Bauhin n'est pas franchie.

La palpation sous écran de cette région permet de sentir une petite masse profonde et mobile.

Vingt-quatre heures après, on cherche

par un transit intestinal la confirmation de ces images déjà très évocatrices. Cet examen est surtout pratiqué afin de situer de façon plus précise la lésion.

Les renseignements apportés sont encore plus démonstratifs. La baryte opacifie un iléon sensiblement normal et s'engage à travers la valvule de Bauhin dans le caecum où l'on retrouve de façon plus nette encore les images lacunaires obtenues au cours du lavement.

Le passage laissé au produit opaque est très réduit, et il apparaît sous forme d'un ruban déchiqueté avec empreintes marginales.

Le bord supérieur de la lésion se termine par plusieurs lignes concaves en bas et la tonalité de l'ensemble de cette région augmente graduellement, témoin de l'extension du processus tumoral à son niveau.

On décide alors d'intervenir immédiatement et la malade est opérée dans la semaine.

Il est pratiqué une hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie en un temps.

Mais au cours de l'intervention, on découvre de nombreux noyaux hépatiques.

Il n'existe pas de tumeur de Krukenberg sur les ovaires. Il s'agissait donc d'une malade sans passé digestif net, avec une absence totale de modification des selles et sans aucune douleur de la fosse iliaque droite.

Chez cette femme, la seule présence

d'une anémie hypochrome a fait entreprendre des recherches systématiques qui ont conduit au diagnostic.

°°°

OBSERVATION N° 2

C'est un malade d'âge moyen qui est admis une première fois pour un syndrome abdominal mis sur le compte d'une appendicite.

Au cours de l'intervention chirurgicale, on trouve un appendice normal, mais le caecum est adhérent à sa partie postérieure et très induré.

Il n'existe pas de ganglion dans le mésocolon ascendant.

Un peu troublé par ces constatations, on pratique une quinzaine de jours après l'intervention un lavement baryté qui progresse régulièrement jusqu'au-dessous de l'angle droit.

Le caecum se remplit mal et l'arrêt est un peu irrégulier.

L'insufflation pratiquée après l'évacuation montre en outre que ce caecum se laisse peu distendre.

Ces constatations opératoires et radiologiques n'entraînent aucune sanction, le diagnostic de tumeur caecale n'étant pas posé, ni même soupçonné.

Le malade sort de l'hôpital et revient huit mois plus tard consulter pour une

induration au niveau de la cicatrice d'appendicectomie et se plaint de vagues douleurs qui se situent au niveau du côlon gauche, et de la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

A la palpation, on constate l'existence d'une masse douloureuse à la partie inférieure de la cicatrice.

Un nouvel examen radiologique est entrepris.

Le lavement qui a progressé régulièrement jusqu'à la partie moyenne du côlon droit est arrêté brutalement par un obstacle bouchant entièrement la lumière colique.

Il existe au niveau du caecum une lacune totale.

La partie supérieure de la tumeur moulée par le liquide opaque esquisse grossièrement la forme de deux cupules concaves en bas, accolées l'une à l'autre.

Le mince éperon opaque situé entre ces deux cupules représente l'amorce d'un défilé que l'on ne peut opacifier même en augmentant la pression du lavement.

Un peu au-dessous de cette ligne d'arrêt, se détache en demi-teinte sur la partie externe du côlon une image lacunaire marginale.

L'épaisseur de la colonne opaque sus-jacente encore accentuée par la dilatation intestinale au-dessus de l'obstacle ne permet pas de juger de manière plus précise la limite supérieure de la lésion.

L'intervention est pratiquée quelques jours après cet examen.

L'ablation de la tumeur, de la dimension d'un poing adhérente en avant et en arrière est réalisée par hémicolectomie droite. On retrouve de nombreux ganglions dans le mésentère.

Ce malade a donc été opéré tardivement, car les premières anomalies de la région caecale révélées par laparotomie et par radiographie, ne furent pas à cette époque rattachées à leur véritable cause.

° ° °

OBSERVATION N° 3

Chez ce malade, le début clinique que l'on peut reconstituer remonte à un an et demi environ.

Il existe en effet depuis cette époque quelques troubles du transit intestinal, avec alternatives de diarrhée, puis de constipation qui n'inquiètent que faiblement puisque ces signes sont isolés et que la malade ne souffre pas.

Puis il s'ajoute des douleurs de l'hypochondre droit.

Enfin, devant la persistance de ces signes, le médecin consulté fait pratiquer un lavement baryté.

Cet examen ne montre rien d'anormal. Un second puis un troisième sont effectués à quelques temps d'intervalle.

Seul ce dernier permet de mettre en évidence une anomalie au milieu du caecum.

Le lavement progresse normalement, et injecte pratiquement tout le cadre colique. Seul en scopie un petit arrêt avant le remplissage complet du caecum attire l'attention du radiologiste.

Des clichés sont donc pris sous différentes incidences et avec compression dosée.

Ce n'est que grâce à ces manoeuvres qu'apparaît un bas-fond caecal lacunaire et rétréci.

Il existe en effet en-dessous de la valvule de Bauhin de grosses anomalies.

En effet, dans son ensemble, le caecum est rétréci et infiltré ; l'intestin sus-jacent dilaté à sa partie externe s'évagine en regard de la valvule de Bauhin.

La lésion elle-même est constituée de lacunes marginales externe et interne ; cette dernière étant de beaucoup la plus importante.

Ces lacunes présentent une limite irrégulière et déchiquetée dont l'ensemble est grossièrement concave.

Elles sont doublées par d'autres lignes parallèles qui réalisent un certain feuilletage du bas-fond caecal, surtout visible à sa partie interne.

Cet aspect perd de sa netteté dans la partie médiane du caecum qui devient marécageux.

Sur le côté gauche, aux images de type lacunaire, succède une certaine rigidité de la paroi colique qui masque le bord supérieur de la lésion ; bord supérieur encore souligné par l'invagination intestinale.

Les clichés montrent en outre des lésions de type pagétique sur le bassin et la tête fémorale.

L'intervention pratiquée peu de temps après permet de découvrir un néo du caecum adhérent à la paroi abdominale antérieure.

Il est pratiqué une hémicolectomie droite avec résection étendue du mésocôlon nettement au-delà des ganglions perceptibles.

Une anastomose iléo-transverse termino-terminale est réalisée avec section oblique du bord iléal.

La péritonisation complète n'est pas possible et l'on pose un drain et des mèches. Les suites opératoires sont bonnes.

Dans ce cas, le tableau clinique était suffisamment évocateur d'une lésion intestinale pour avoir fait pratiquer plusieurs lavements, mais les difficultés radiologiques étaient telles que trois examens furent nécessaires pour faire la preuve d'une lésion évoluée.

OBSERVATION N° 4

Il s'agit d'un malade âgé, hospitalisé d'urgence pour hémorragies intestinales de sang rouge, qui s'accompagnent de vomissements noirâtres.

Le malade accuse un amaigrissement de plusieurs kilogrammes depuis quelques mois.

Par un interrogatoire soigneux, on apprend que depuis plusieurs années le malade souffrait de troubles digestifs : petite diarrhée, constipation, anorexie, mais d'une banalité telle qu'il est difficile de les lui faire préciser.

Il est évident que ces petits troubles n'ont pas entraîné une sanction médicale et qu'aucun examen approfondi du tractus digestif n'avait été pratiqué.

L'examen du malade effectué à son entrée à l'hôpital permet de découvrir une tuméfaction de la fosse iliaque droite, de consistance dure bien limitée et sensible au niveau du bas-fond caecal.

Le toucher rectal ne montre rien d'anormal sinon une grosse prostate.

Un lavement baryté est effectué : la progression est régulière jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'ascendant.

Mais à ce niveau on constate un arrêt et d'importantes anomalies de la région caecale : la partie supérieure du caecum, juste au niveau de la valvule de Bauhin présente une image de lacunes circulaires particulièrement nette.

L'intestin fortement rétréci livre cependant passage à un défilé de diamètre assez important qui conduit à la valvule elle-même et au bas-fond caecal.

Les limites de cette lacune sont particulièrement nettes, sur le bord extérieur, elles dessinent grossièrement deux arcs de cercle à concavité externe, séparés l'un de l'autre par une petite plage de baryte.

Le bord interne est plus régulier, la masse tumorale envahissant la lumière colique n'est pas vue en profil strict.

A la partie supérieure, ces images lacunaires se perdent sous le bouffant de l'intestin sus-jacent qui vient coiffer l'extrémité de la lésion.

Cette image est donc le témoin d'une tumeur volumineuse ce que confirmera l'intervention.

Il s'agissait en effet d'une tumeur végétante du caecum et de la valvule de Bauhin de type glandulaire lieberkunien s'étendant jusqu'à la sous-séreuse adhérente en avant aux plans pariétaux et en arrière à la paroi postérieure.

Donc, chez ce malade, ce n'est qu'à l'occasion d'une complication importante qu'on a été amené à poser le diagnostic à un stade extrêmement avancé du fait du silence presque total de la clinique durant toute la durée de l'évolution.

OBSERVATION N° 5

Le malade est hospitalisé pour une occlusion aiguë datant de deux ou trois jours.

C'est un malade très âgé qui depuis longtemps présentait quelques troubles intestinaux à type de constipation dont l'entourage ne s'inquiétait guère.

Il a donc fallu cet accident aigu pour le faire conduire en milieu chirurgical.

La radiographie sans préparation montre les images classiques de niveaux liquides.

Le lavement qui a ensuite été pratiqué, montre un arrêt brusque en scopie au niveau du caecum : les images sont grossières et évidentes.

Il existe une lacune circulaire presque totale qui se laisse à peine traverser par une ébauche de défilé.

A la partie inférieure, ce qui doit être le bas-fond caecal est dessiné par une petite image grossièrement triangulaire de structure très hétérogène, qui indique que le processus malin s'étend vers le fond.

Même aspect non homogène à la partie supérieure bien visible en bordure.

L'extension du cancer en hauteur peut être suivie grâce à la présence d'images lacunaires qui s'inscrivent en demi-teinte sur l'opacité du lavement.

Cependant, vu le flou de ces images,

il est impossible de fixer de façon précise la limite de cette extension.

La valvule de Bauhin n'a pas été forcée.

Le malade est mis en observation et l'intervention pratiquée le lendemain. L'incision médiane à cheval sur l'ombilic permet de découvrir un iléon très dilaté et la masse cancéreuse très volumineuse qui siège à la partie toute terminale du côlon ascendant.

On pratique une iléotransversostomie longue de 8 cm en bord à bord. Surjet au catgut de la muqueuse et au fil de lin de la séromusculaire.

Mais, seize jours après l'intervention, on ne peut plus contrôler les constantes humorales du malade qui s'oedématie et meurt.

Ici, le grand âge du malade ne laissait que peu d'espoir. Mais cette observation nous montre une tumeur évoluant longtemps à bas bruit et qui n'est révélée encore que par une complication, comme dans l'observation N° 4, en l'occurrence ici une occlusion.

°°

OBSERVATION N° 6

Il s'agit d'une malade très âgée : 84 ans, qui est hospitalisée pour une tumeur de la fosse iliaque droite.

En interrogeant la malade sur son passé digestif, on apprend qu'elle était atteinte de constipation depuis des an-

nées, mais ce signe s'est nettement accusé depuis trois mois.

On note à la même époque un amaigrissement de plusieurs kilogrammes, accompagné d'un fléchissement net de l'état général, qui jusqu'alors était satisfaisant malgré le grand âge de la malade.

On n'a jamais relevé la présence de sang dans les selles.

La malade est atteinte d'une maladie de Paget évoluant depuis des années.

A l'examen, on découvre une tumeur de la fosse iliaque droite du volume d'une orange.

Cette tumeur est bien limitée et sa surface est légèrement irrégulière.

Cette masse est en outre suffisamment adhérente pour que l'on ne puisse obtenir le contact lombaire.

On entreprend un lavement baryté qui progresse normalement jusqu'au niveau de l'angle gauche, où il marque un temps d'arrêt, mais la malade ayant été mal préparée, une quantité importante de matières obstrue encore le côlon. Et, à partir de l'angle gauche, l'injection se fait mal, et on n'arrive pas à remplir complètement le caecum.

Les images lacunaires à son niveau sont nombreuses, mais ne peuvent être interprétées comme image de la tumeur, car les artéfacts sont trop importants et aucune certitude n'est possible.

Le tableau clinique et la présence de cette tumeur étant suffisamment évocateurs,

on décide d'intervenir, et on pratique sous anesthésie locale une iléotransversotomie bord à bord de 10 cm.

Cette intervention permet de retirer une tumeur caecale de gros volume et très adhérente, le mésocolon est rempli d'adénopathies. Il n'existe pas de noyaux visibles ni perceptibles sur le foie.

On fait le prélèvement de ce qui paraît être un ganglion que l'on envoie à l'histologie ; mais il n'existe pas de tissu ganglionnaire dans ce nodule néoplasique qui paraît situé directement dans la graisse au niveau de laquelle il pousse de nombreux prolongements irréguliers.

La coupe étudiée montre une structure d'épithélioma glandulaire en partie atypique, très discrètement mucipare.

Dans certain régions, les cellules qui tapissent les petites cavités glanduli-formes sont hautes et cylindriques d'allure lieberkuhien.

Mais cette différenciation est très peu marquée sur l'ensemble de la préparation et l'origine caecale paraît tout à fait vraisemblable.

Bref, il s'agit d'une malade arrivée à un stade très évolué qui ne posait pas de problème radiologique et cependant une mauvaise préparation n'a pas permis d'obtenir des images de certitude. Certitude qui heureusement était fournie par la clinique elle-même, et c'est pourquoi on n'a pas entrepris un nouvel examen radiologique après une préparation correcte.

Insistons en outre sur la pauvreté des signes fonctionnels alors qu'il existait une grosse masse tumorale.

°°°

OBSERVATION N° 7

Il s'agit d'un ancien colonial de 77 ans qui rentre à l'hôpital pour un syndrome douloureux abdominal accompagné de nausées et de vomissements.

En interrogeant plus à fond ce malade, on apprend que 8 jours avant son entrée dans le service de chirurgie, il avait présenté un phénomène douloureux analogue, mais accompagné d'un arrêt total des matières et des gaz.

Après être resté trois jours dans cet état, il est survenu une débâcle diarrhéique qui entraîna une sédation des douleurs.

Dans les antécédents, on note que depuis trois mois il existait d'importants signes digestifs :

- le malade vomissant après chaque repas,
- plus anciennement encore, depuis deux ans environ, le malade émettait des selles sanglantes.

Ce fait, si important, n'inquiéta que légèrement le malade, car il avait été opéré pour des hémorroïdes par deux fois en 1906 et 1954.

Le lavement baryté qui est pratiqué, permet de découvrir l'image d'une grosse tumeur caecale.

La colonne opaque s'arrête à la partie supérieure de cette masse. Le caecum ne se remplit pas ; seule l'amorce d'un défilé est visible.

Le malade est opéré une dizaine de jours après.

L'incision médiane à cheval sur l'ombilic permet de découvrir des anses grêles énormes dont on pratique la ponction, l'exploration du cadre colique permet de découvrir une énorme tumeur très fixée, sauf à la partie supérieure qui remonte assez haut sur le côlon droit.

Il est pratiqué une iléotransversostomie anisopéristaltique en bord à bord en 3 plans et il n'est pas pratiqué d'exclusion du fait de la distension cascale.

Il s'agit encore ici d'un malade arrivé à un stade avancé et chez qui le diagnostic n'a été posé qu'au cours d'un accident aigu.

°°°

OBSERVATION N° 8

Il s'agit d'un malade de trente huit ans dont l'histoire digestive est très récente.

En effet, les premiers signes cliniques remontent à quatre mois :

Syndrome douloureux abdominal caractérisé par des douleurs sourdes à type de pesanteur siégeant dans la région para-ombilicale. Les douleurs d'ailleurs très brèves, ne sont pas rythmées par les

repas et surviennent deux ou trois fois par jour sans horaire bien précis. Mais un fait très important vient donner une valeur toute particulière à ce syndrome douloureux : les positions antalgiques n'amènent pas toujours la sédation des douleurs, alors que l'émission de gaz entraîne leur arrêt brusque, évoquant un syndrome de Koenig.

Le malade consulte à l'Hôpital St-Michel où on diagnostique une tumeur caecale ou appendiculaire.

Quelques jours plus tard, le malade est hospitalisé à l'hôpital Beaujon.

A l'examen, on découvre un abdomen souple mais sans météorisme et qui respire bien. Mais, dans la fosse iliaque droite, on perçoit une petite tuméfaction dure, lisse, ovalaire à grand axe oblique en bas et en dedans.

Cette masse est mobile et n'adhère pas aux plans superficiels. Elle est en outre légèrement douloureuse et mate à la percussion.

Au toucher rectal, on ne découvre rien d'anormal ; et la tumeur trouvée à la palpation n'est pas perçue à bout de doigt .

L'état général du malade n'est pas mauvais. On effectue un lavement baryté. La colonne opaque progresse régulièrement, mais on ne peut atteindre le bas-fond caecal et forcer la valvule de Bauhin.

La tumeur réalise une lacune totale

sans défilé visible. A sa partie supérieure l'intestin sain dessine un énorme bouffant.

Cet examen est complété plusieurs jours après par un transit intestinal qui permet de mettre en évidence au niveau de la lacune totale précédemment individualisée par le lavement un défilé tortueux limité par de nombreuses lacunes marginales.

L'intervention est alors pratiquée. On découvre un appendice sain et le néoplasme développé sur la valvule de Bauhin. Il existe de nombreux ganglions mésentériques, le grêle est sectionné à 30 cm de la valvule de Bauhin et le côlon au niveau du transverse.

On réalise une anastomose iléo-transverse latéro-latérale antipéristaltique après fermeture de l'orifice entre mésentère et mésocôlon transverse.

Le bord supérieur du foie est abaissé mais on ne voit ni ne sent de granulations.

L'analyse de la pièce opératoire permet d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer développé aux dépens de la valvule de Bauhin. Plusieurs ganglions mésentériques sont envahis.

Un nouvel examen par voie basse pratiqué en 1956, montre une bouche d'anastomose qui fonctionne bien, et le malade est actuellement en bon état.

OBSERVATION N° 9

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, qui avait effectué plusieurs séjours en Afrique et qui présentait depuis quelque temps une fatigue importante et une anémie qui restait inexpliquée.

Le malade ayant séjourné en Afrique, on pense à la possibilité d'une amibiase et de fait l'examen coprologique permet de mettre en évidence des kystes.

On pratique alors des radiographies intestinales avec transit et lavement. Grâce à ces clichés, on porte le diagnostic d'iléite terminale.

En effet s'abouche à ce que l'on croit être le caecum sur les clichés, une portion intestinale déchiquetée et irrégulière, encochée sur ses bords par des images plus ou moins lacunaires.

Un deuxième lavement est effectué quelques jours après sous bromatropine.

Les images obtenues après cet examen sont à peu près identiques aux précédentes et ne font que confirmer le diagnostic déjà posé.

Une intervention chirurgicale est alors pratiquée et ce n'est que ventre ouvert que l'on fait le diagnostic du cancer du caecum et de nombreux ganglions du mésocolon sont envahis.

Avec la pièce en mains, il devient évidemment facile d'expliquer l'erreur d'interprétation qui avait été commise.

Ce qui avait été pris pour le bas-fond caecal n'était que le bouffant de l'invagination de l'intestin sain au-dessus de la lésion.

Et la partie supposée iléale n'était que l'image du défilé anfractueux ménagé à la baryte par la tumeur, cette dernière se continuant directement avec l'image iléale.

Ceci nous montre que même en ayant les images élémentaires les plus typiques, un diagnostic n'avait pas été porté, car l'association d'images connues peut conduire à l'élaboration d'un faux diagnostic.

° °

OBSERVATION N° 10

Il s'agit d'une femme assez âgée : soixante douze ans, qui vient consulter pour des hémorragies rectales de sang rouge.

La malade cependant, depuis vingt ans, accuse de petites hémorragies à la fin de chaque selle dues à la présence d'hémorroïdes, et il est difficile de préciser le moment où ces hémorragies ont eu une étiologie différente.

Elles sont cependant devenues plus abondantes et comprises dans les selles.

La rectoscopie qui est pratiquée, montre une muqueuse normale jusqu'à 25 cm à part la présence d'hémorroïdes très congestives.

A l'examen, on est frappé par une anémie marquée, visible, la malade étant d'une grande pâleur :

3.210.000 G.R. avec 60 % Hb
9.400 G.B.

Il existe une dyspnée d'effort avec tendance syncopale, le pouls rapide, la tension reste cependant normale.

Il est très intéressant de noter un amaigrissement massif de 17 kg en un an, qui coïncide d'ailleurs avec un syndrome dyspeptique : anorexie pour les viandes et les graisses, constipation opiniâtre.

Encore plus instructif est l'examen de l'abdomen qui permet de découvrir une masse tumorale douloureuse, irrégulière, dans la fosse iliaque droite.

On effectue alors un lavement baryté qui progresse à peu près normalement jusqu'au niveau du caecum qui présente de grosses anomalies bien individualisées sur les clichés centrés à son niveau.

Le bas-fond caecal ainsi qu'une partie de l'ascendant ne peut être rempli par la bouillie barytée étant tout occupé par la tumeur qui ne laisse qu'un étroit défilé irrégulier et anfractueux par où s'insinue la baryte.

Cette image lacunaire présente un bord supérieur concave en bas, irrégulier, légèrement masqué par une partie de "bouffant" sus-jacent qui s'invagine sur la tumeur.

C'est l'image classique d'un cancer arrivé à un stade d'évolution tardif.

L'état de la malade nécessite quelques transfusions avant d'entreprendre l'intervention chirurgicale pratiquée en décembre 1956.

On fait une hémicolectomie avec iléo-transversostomie.

L'analyse de la pièce opératoire permet de reconnaître la nature encéphaloïde de la tumeur.

Macroscopiquement, il s'agit d'une tumeur ulcéro-végétante du bas-fond caecal s'étendant sur le côlon droit et la valvule de Bauhin.

Histologiquement, c'est un épithélioma glandulaire lieberkunien nécrosé en surface et infiltrant successivement la paroi colique jusqu'aux tissus cellulo-adipeux péri-coliques. Dans certaines régions, la structure est plus atypique et on note de petits foyers colloïdes.

Le stroma est très grêle dans l'ensemble et il existe de nombreuses anomalies nucléaires et des mitoses.

Les ganglions perceptibles sur cette pièce opératoire ne sont pas le siège de lymphadénite subaiguë banale.

Les extensions néoplasiques dans la graisse adjacente sont massives.

La section opératoire passe en tissu sain.

L'histoire de cette malade est banale en elle-même et n'apporte pas grand'chose, puisque le diagnostic était évident et les signes cliniques importants. Cependant, elle permet de se rendre compte que ces mêmes signes cliniques masqués par une lésion chronique antérieure n'ont pas inquiété suffisamment tôt et que dès ce premier examen, on s'est trouvé en présence de l'évolution que l'on connaît.

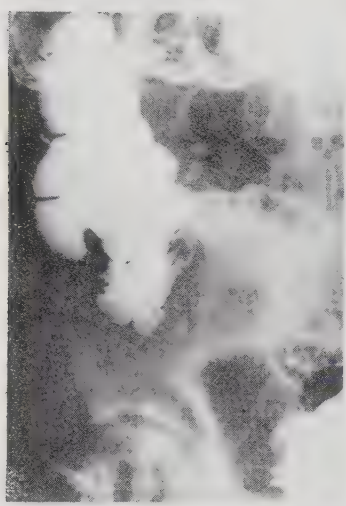
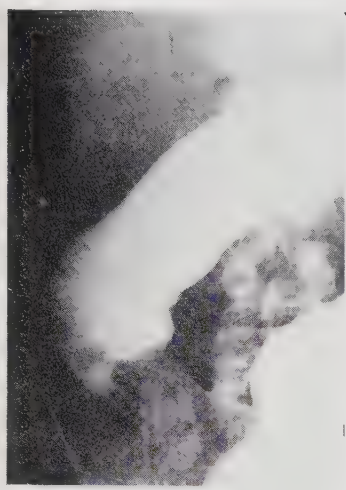
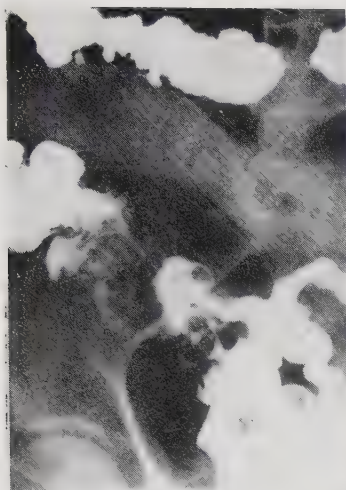
Obs. I

Obs. 2

Obs. 3

Obs. 4

Obs. 5



CLINIQUE

—:—

L'histoire clinique des cancers du caecum est bien connue, mais il paraît indispensable de la reprendre rapidement à l'appui de nos observations.

Nous savons qu'au tout début, les signes sont pauvres et peu évocateurs principalement constitués par :

- de petits troubles digestifs,
- des douleurs,
- voire un simple fléchissement de l'état général.

Ces petits signes de début sont tellement anodins que la plupart de nos malades ont été dépistés à un stade avancé, et ce n'est que par l'interrogatoire que nous avons pu les retrouver.

Et puisqu'ils n'ont pas entraîné en leur temps de sanction médicale ou chirurgicale, et voire même n'ont pas suffisamment inquiété le malade pour l'amener à consulter, c'est dire l'intérêt pour le médecin de rester toujours en éveil et de faire pratiquer systématiquement un examen radiologique au moindre doute.

Dans neuf de nos observations, au tout début, le tableau clinique a été dominé par un syndrome d'entérocolite, avec crise diarrhéique, constipation, coliques éphémères et intermittentes et sans siège bien précis.

A ce stade, la maladie est souvent indolore puisque nous ne retrouvons que dans deux observations des douleurs plus ou moins rythmées par les repas et siégeant dans l'hypogastre ou dans la fosse iliaque droite.

Et même chez l'un d'entre eux (observation N° 2) une douleur de type appendiculaire associée à des troubles digestifs entraîna l'intervention.

Un peu plus tard, on se trouve fréquemment en présence d'un syndrome de Koenig, correspondant à des phénomènes sub-occlusifs.

Il se traduit par des douleurs coliques dont le siège précis correspond à l'obstacle. Ces vagues douloureuses n'aboutissent pas d'emblée à l'évacuation d'une selle suffisante qui soulagerait la douleur. Nous en avons décrit trois cas.

Mais il existe fréquemment des formes plus frustes et il faudra chercher si les petites douleurs et les troubles digestifs du début ne correspondent pas en fait à un syndrome de Koenig atténué.

Pour en terminer avec les signes qui orientent vers l'origine digestive de l'affection, nous devons mentionner les entérorragies : souvent minimales, mélangées aux selles et le plus souvent

méconnues si on ne les recherche pas par des méthodes chimiques.

Les hémorragies plus importantes que nous avons décrites dans nos observations ne se rencontrent qu'à un stade plus avancé.

Mais les difficultés sont souvent bien plus grandes, et l'on peut se trouver devant un syndrome extra-intestinal dans les cancers à début atypique.

Les signes dominants pouvant être : des troubles gastriques, une infection hépatovésiculaire, on peut même voir des formes vésicales, pseudo-rénales, accompagnées de gêne lombaire et d'irradiation fémorocutanée ou inguinale, des formes génitales simulant une inflammation de l'ovaire ou de la trompe.

Dans ces formes à symptomatologie d'emprunt, on pourra être amené à pratiquer des examens radiologiques de ces organes injustement soupçonnés. Devant la négativité des examens, on devra savoir poursuivre les investigations.

Il est quelquefois très utile dans ces formes d'effectuer des examens associés.

Parfois, on ne trouve qu'un trouble de l'état général : anémie importante et souvent hypochrome qui peut être révélatrice comme dans notre première observation. Elle peut être en rapport avec des entérorragies, mais le plus souvent sans doute avec résorption de toxines hémolytiques.

A un stade plus évolué de la maladie,

on se trouve en face d'un syndrome occlusif qui sera souvent le premier signe qui forcera le malade à entrer en milieu médico-chirurgical et plusieurs de nos observations en sont témoins.

De même , la présence d'une tumeur plus ou moins importante de la fosse iliaque droite entraîne une première consultation.

Dans ces derniers cas beaucoup moins intéressants du point de vue diagnostique que pronostique puisque l'on se trouve devant une évidence clinique, la radiologie garde encore ses droits : soit pour connaître d'une manière plus précise la nature d'une occlusion par l'examen de l'abdomen sans préparation et par le lavement opaque, soit pour préciser l'extension, la propagation de la tumeur palpable.

En scopie, on peut évaluer les contours de cette tumeur, apprécier sa mobilité. Le toucher rectal ou vaginal effectué sous écran permet quelquefois de sentir son pôle inférieur en cas de caecum prolabé.

Il se surajoute souvent aux signes propres de la tumeur un syndrome infectieux dû à l'infection périnéoplasique qui aboutit à la longue à la formation d'un abcès.

Un certain nombre d'examens complémentaires viennent préciser la clinique :

- en premier lieu, l'examen radiologique dont nous avons déjà dit toute l'importance.

Accessoirement, on pourra s'aider :

- d'une formule sanguine et d'une numération globulaire à la recherche d'une anémie hypochrome et de l'hyperleucocytose due à l'infection périnéoplasique,

- d'un examen coprologique qui montrerait un taux trop élevé d'ammoniaque et évidemment la présence de sang dans les selles.

- : -

EXAMEN RADIOLOGIQUE

-:-

Le côlon, organe creux, ne donne que peu de contrastes sur une radio sans préparation ; on est donc obligé pour le visualiser, d'employer des artifices qui sont de deux ordres :

- Réplétion de la lumière colique par une substance de poids atomique élevé, absorbant fortement les rayons X, ou à l'inverse on remplit le côlon par un gaz de faible poids atomique et de faible densité : l'air le plus souvent, qui donne aussi un bon résultat.

Enfin, on peut combiner les deux procédés.

Il existe deux grands modes d'examen du côlon :

- Examen par voie basse : le lavement.
- Examen par voie haute : ou étude du transit intestinal.

Mais il faut dès maintenant dire que le transit n'est qu'une méthode complémentaire du lavement et qu'il ne doit pas être pratiqué isolément, les images obtenues

sont trop fragmentaires et entraînent facilement des erreurs d'interprétation.

Avant d'étudier ces deux techniques d'examen nous envisagerons d'abord l'étude des produits d'opacification de la lumière intestinale.

- Sulfate de baryum :

C'est le moyen de contraste le plus couramment utilisé à cause de son poids atomique élevé, de sa non-résorption par la muqueuse intestinale, et de son faible prix de revient.

On emploie soit le sulfate de baryum gélatineux dilué dans trois fois son volume d'eau, soit le baryum colloïdal qui donne par simple dilution une solution très stable.

On ajoute très souvent à ces préparations du carboxy-méthyl-cellulose qui favorise l'adhérence du produit opaque à la muqueuse colique.

- Lavement baryté au tanin :

Cette méthode qui permet de mettre en évidence des lésions minimes de la muqueuse colique, a été préconisée par les auteurs américains : Arthur C. CHRISTIE, Fred O. COE, AUBREY, O. HAMPTON.

Ils ajoutent à la dilution de sulfate de baryum une solution de tanin à 1 %. Seul le tanin à l'éther figurant au codex est utilisé.

Cette solution de tanin devra être préparée extemporanément car elle s'oxyde rapidement à l'air. On ne devra pas dépasser le pourcentage prévu, son excès entraîne des crampes très douloureuses.

D'après les auteurs américains, l'emploi du tanin présenterait différents avantages :

- La solution barytée est suffisamment irritante pour stimuler les contractions du côlon.

- Le tanin est astringent et inhibe la sécrétion du mucus.

- Enfin, la solution possède des propriétés de viscosité qui entraînent une bonne adhérence du baryum à la paroi colique.

Personnellement, nous n'avons pas trouvé que des avantages à cette technique, car si les images de remplissage sont identiques à celles obtenues par les méthodes classiques, l'exonération intestinale est très difficile à obtenir et malgré l'action irritante signalée par les auteurs américains, le côlon ne se vide qu'avec une grande paresse.

Il faut cependant ajouter que sur les films pris après évacuation totale, les images de la muqueuse sont d'une grande finesse et devraient permettre de déceler des lésions minimes.

- Sels de Thorium :

C'est une des meilleures substances de contraste du fait de son poids atomique élevé, en effet, seul l'uranium en possède un supérieur.

Pourtant, aujourd'hui, les indications de ce métal sont très limitées. Le recul que l'on possède actuellement a permis de constater d'importants inconvénients qui s'opposent à son emploi :

- modifications histologiques et sanguines,

- non élimination de l'organisme,
- radioactivité.

Il fut introduit par BLUHBAUM-FRICK et KALKBRENNER sous forme de solution colloïdale de 20 % de dioxyde de thorium appelé tordiol.

Des travaux ultérieurs pour améliorer le degré de dispersion aboutirent à la préparation d'un produit nommé thorotrast, mais on ne put éliminer les inconvénients cités plus haut.

°

TECHNIQUE DU LAVEMENT

- Préparation du malade.

La préparation du malade est d'une grande importance, la vacuité du côlon doit être pratiquement totale : les artéfacts dus à une mauvaise évacuation préalable pouvant entraîner des images de modification du relief et de petits aspects lacunaires imposant pour des lésions organiques très peu développées.

Chaque fois qu'il apparaîtra de telles images, il sera bon de s'assurer de la permanence de ces déformations par un nouvel examen pratiqué quelques jours après, précédé d'une nouvelle préparation très soigneuse et portant plus particulièrement sur la région suspecte.

L'évacuation préalable du côlon sera assurée à la fois par une purgation et deux lavements.

- Purgation à l'huile de ricin : 20 à

30 g prise la veille au soir.

Elle a l'avantage d'exciter le tonus et le péristaltisme et de permettre l'obtention de belles images en relief.

On écartera les purgatifs salins pour l'hypersécrétion secondaire qu'ils provoquent.

Ce n'est que si cette méthode se montre insuffisante qu'on aura recours au lavement évacuateur.

Il se compose de 1 litre à 1 litre 1/2 d'eau bouillie tiède additionnée d'une cuillerée à dessert de sel de cuisine.

Un premier lavement sera administré la veille de l'examen avant le coucher et le second deux heures environ avant l'examen.

On ne peut espérer suspendre l'arrivée des matières dans le caecum, mais on peut en réduire l'importance en soumettant le malade la veille à une nourriture liquide peu riche en résidus, et à un jeûne de douze heures avant l'exploration.

Les boissons gazeuses et les aliments fermentescibles seront formellement interdits pour limiter la formation de gaz.

- Conduite de l'examen :

L'examen sera pratiqué le malade allongé sur une table radioscopique.

Le lavement est administré à faible pression 60 à 80 cm de hauteur. La canule utilisée sera soit la sonde ordinaire que l'on remplacera par celle de Pouliquen si

la tonicité sphinctérienne paraît faible.

Deux positions classiques sont utilisées :

- Pour certains, le decubitus ventral favoriserait la progression du liquide et le cadre colique se remplit avec une quantité moindre de liquide opaque.

- Dans le décubitus dorsal, le volume du lavement est peut-être plus important, mais la mobilisation du malade et la palpation sous écran sont grandement facilitées.

En fait, cette technique n'a rien d'absolu, ce qu'il importe, c'est de visualiser les lésions, et le biais favorable sera recherché en radioscopie.

C'est dire que les différents temps de remplissage seront exécutés sous le contrôle de l'écran, en vérifiant fréquemment la progression de la tête du lavement par une fenêtre étroite centrée sur celle-ci.

L'opacification est généralement lente et certains arrêts sont fréquents et sans grande valeur pathologique :

- à la partie terminale de l'angle sigmoïde et aux deux angles du transverse, ainsi que dans le côlon droit.

Il ne faudra pas en conclure hâtivement à l'existence d'un obstacle organique.

On facilitera la réplétion par de petits moyens : mouvements de respiration profonde, secousses de toux.

On s'assurera, avant de suspendre le

lavement que l'on a bien atteint le bas-fond caecal, et pour plus de sûreté, il faudra forcer la valvule de Bauhin, sans toutefois inonder le grêle dont l'opacification générerait l'interprétation des images coliques.

L'opacification étant complète, on palpera le malade sous écran pour mobiliser la région suspecte et apprécier la souplesse de sa paroi et son adhérence éventuelle aux organes de voisinage.

Cette palpation permet en outre de dissocier certaines ombres accolées et de localiser la douleur à la pression.

Plusieurs clichés seront pris dont un d'ensemble.

La région caecale qui nous intéresse ici devra faire l'objet de plusieurs vues prises sous différents angles : il est indispensable de s'aider d'une compression effectuée avec un ballonnet gonflé, permettant de dégager le segment à radiographier, de diminuer l'épaisseur de la colonne opaque, rendant ainsi visibles des images minimales qui seraient normalement noyées dans l'opacité colique.

Une seconde série sera effectuée après l'évacuation complète de l'intestin, en sachant cependant que l'exonération est le plus souvent trop incomplète pour obtenir de belles images.

Beaucoup plus intéressante est l'insufflation après évacuation qui permet d'obtenir des images en double contraste sur lesquelles on pourra juger d'une manière plus fine de l'état de la muqueuse colique et d'apprécier le "liseré" muqueux

de sécurité de Maingot.

La perte de ce liseré sur une grande longueur peut provenir d'un défaut de technique ou d'un état réactionnel banal de la muqueuse. Limitée, elle traduit le plus souvent une atteinte sévère, et doit faire soupçonner une néoformation.

EPREUVES PHARMACODYNAMIQUES

Si, au terme de cet examen, un doute persiste encore, il est sage de pratiquer à nouveau, quelques jours après une nouvelle exploration après modificateur du comportement.

- L'Atropine : Injectée par voie intra-veineuse à la dose de 1/4 de milligramme quelques minutes avant le début du lavement permet, grâce à son action antispasmodique, de faire la part de ce qui est organique et de ce qui est dû au spasme.

A l'inverse, pour augmenter le tonus intestinal et son péristaltisme, on emploie, seule ou associée à l'atropine, la Prostigmine, qui est un péristaltogène efficace mais d'effet retardé étalé sur une longue durée.

Actuellement, certains auteurs ont préconisé l'injection intra-veineuse de lobe postérieur d'hypophyse à la dose de 5 unités diluées dans 10 cc qui présenteraient deux avantages : effets plus rapides et plus efficaces.

Il faut, à la faveur de ces dernières épreuves, pratiquer des radiographies en série de la région suspecte.

Ces clichés seront pris un peu à l'aveu-

glette à intervalles rapprochés en le ne les pratiquant cependant qu'au moment des douleurs coliques, témoin de contractions péristaltiques.

Cette méthode est indispensable pour s'assurer de la permanence des déformations.

TRANSIT INTESTINAL

L'examen du côlon par voie basse sera toujours utilement complété par un transit intestinal. Celui-ci reste formellement contre-indiqué chaque fois que l'on soupçonne une lésion sténosante si l'on emploie un sel de baryum. Seuls les colloïdes du thorium peuvent être employés sans crainte d'aggraver une occlusion.

Cette méthode est surtout utile pour assurer la réplétion du bas-fond caecal. Dans le lavement en effet on peut prendre pour ce dernier ce qui n'est que la ligne d'arrêt marquant la limite supérieure d'une tumeur ayant envahi la totalité de la lumière intestinale.

Deux modes d'administration des repas :

1° - Repas unique, six heures avant l'examen permettant de déceler la stase iléale.

2° - repas multiples : trois à quatre repas, six, sept, huit heures avant l'examen permettent une excellente étude de la paroi de l'iléon et du côlon droit.

Le caecum est atteint quatre à cinq heures après la première ingestion. Mais

ce chiffre est théorique et des écarts importants peuvent se voir sans que l'on puisse leur attribuer une valeur pathologique.

Il est une méthode préférable au transit ordinaire : l'entérocluse duodénale où on opacifie directement le grêle au moyen d'une longue sonde par de la baryte.

La colonne opaque obtenue est homogène n'ayant pas été fractionnée par les contractions pyloriques, la lecture des images en est facilitée.

C'est au cours de ces examens par voie haute que des clichés en série après épreuves pharmaco-dynamiques prennent toute leur valeur.

Toutes ces techniques que nous venons d'exposer ne contribuent utilement à l'élaboration du diagnostic que si l'expérience du radiologiste est suffisante pour pouvoir les adapter au mieux des différents cas particuliers.

En outre, il faut insister sur l'inutilité et voire même sur le rôle néfaste des examens pratiqués avec routine qui ne permettent que rarement de faire le diagnostic, mais qui apportent une fausse sécurité à l'abri de laquelle on laisse de bonne foi évoluer le mal.

RESULTATS

- :-

On ne retiendra comme organiques que les lésions qui se retrouvent identiques sur les différents clichés et que le péristaltisme n'aura pas modifiées.

On rejettera les images qui ne sont pas permanentes ou qui se modifient beaucoup avec les contractions intestinales.

Selon Guy MORIN, tous les aspects que l'on peut rencontrer se ramènent à une image type : la lacune. Cette image élémentaire est cependant une image tardive mais il est exceptionnel d'en trouver un autre type correspondant au tout début de l'évolution du mal.

La lacune est un espace vide à l'intérieur d'un corps et radiologiquement, elle se traduit par une image de soustraction qui apparaît en clair sur l'organe opacifié.

Mais il est évident, comme le disent RACHET, BUSSON et MORIN que la lacune ne peut être interprétée qu'en fonction de la morphologie radiologique normale du tube digestif.

- La lacune totale : Elle correspond à l'arrêt total du lavement : le lait baryté étant stoppé dans sa progression par la tumeur.

On peut faire apparaître en augmentant la pression un défilé irrégulier.

Cette image est d'une grande valeur diagnostique, surtout lorsque les bords de cette lacune sont concaves et irréguliers.

Mais toutes les transitions sont possibles entre la lacune totale avec arrêt complet et les lacunes partielles.

De ce type d'images, on peut encore rapprocher les images d'invagination : en cocarde, en cupule, en pince de homard, en trident.

Ces images d'invagination prennent une valeur toute particulière chez l'adulte lorsque l'on sait qu'elles sont le plus souvent provoquées par une tumeur colique.

- Lacunes partielles :

- Lacunes circulaires. Décrites autrefois sous le nom de rétrécissement. C'est la traduction la plus fréquente des cancers coliques, mais c'est aussi une image tardive traduisant un cancer infiltrant très évolué puisqu'il a eu le temps de s'étendre à toute la circonférence intestinale.

Une analyse plus poussée a permis de définir :

- une ligne d'arrêt lésionnelle cernant la tumeur qui se présente de profil sous

forme d'une ligne concave s'unissant à l'angle aigu avec le bord libre de l'intestin. Elle est interrompue en son milieu par le rétrécissement.

- Une collerette d'invagination due au bouffant des zones saines de l'intestin distendues par le lavement ; cette deuxième image est également concave et double la première, mais ne présente pas de solution de continuité en son milieu.

Cette analyse n'est valable qu'en profil strict, incidence rarement obtenue.

Sous les différents biais habituels, ce schéma se modifie, la collerette d'invagination pouvant masquer la lacune et ne laissant apparaître que par transparence l'image du défilé.

Toutefois ces images de lacunes circulaires ne sont pas aussi démonstratives que les précédentes car elles peuvent être réalisées, quoique rarement, par des lésions inflammatoires et même par une compression extrinsèque.

- Lacunes marginales . Elles traduisent des cancers petits et localisés et ne sont pleinement visibles qu'en profil strict.

En effet, sous d'autres incidences, elles sont presque toujours noyées dans l'opacité de la colonne opaque. C'est dire qu'elles sont le plus souvent ignorées, or ces images sont, nous l'avons dit, l'expression d'un cancer peu évolué, d'où le rôle capital du radiologiste qui devant un petit arrêt du lavement ou d'un spasme repéré en scopie devra s'acharner à mettre en évidence la lésion en choisissant l'incidence favorable.

En dehors des lésions cancéreuses, ces images peuvent être obtenues par une compression, une adhérence et même par un envahissement de dehors en dedans émanant d'une lésion extrinsèque. Mais dans ces cas, le dégradé de l'opacité en regard de la lésion est homogène et le plissement provoqué entraîne des plis réguliers qui viennent affleurer le pied même de la lésion.

- Les lacunes de face. Témoins de lésions encore plus récentes et bien que très fréquentes, elles sont le plus souvent méconnues car elles sont aussi noyées dans le produit de contraste.

Pour les faire apparaître, il faut user d'artifices : compression plus ou moins importante, insufflation après évacuation et évidemment la recherche de la bonne incidence.

A ces difficultés techniques s'ajoutent de nombreuses causes d'erreurs : la lacune de face pouvant être confondue avec de multiples images banales lacunaires dues le plus souvent à la présence de matières fécales insuffisamment évacuées.

Cette description des images est évidemment un peu schématique, et un simple examen des clichés que nous avons reproduits permet de nous rendre compte. Ce n'est qu'une classification. En fait, sur un même cliché, plusieurs types d'images peuvent se rencontrer simultanément.

A la lacune totale ou à la lacune circulaire qui représente la partie importante de la lésion peuvent s'ajouter sur le bas de la colonne opaque les autres images

lacunaires déjà décrites, marginales ou de face.

C'est de l'assemblage de ces différents éléments que la tumeur prend son caractère propre et que l'on peut en déduire son volume et sa limite supérieure comme nous l'avons montré en décrivant dans nos observations les images rencontrées.

- La rigidité segmentaire.

C'est l'image radiologique la plus précoce que l'on puisse obtenir, mais nous ne la mentionnons ici que par esprit didactique car elle n'est pratiquement jamais vue du fait du silence presque total de la clinique à ce stade d'évolution.

Il faudrait cependant savoir oser pratiquer une intervention chirurgicale devant cette image si rarement rencontrée.

A un stade d'évolution plus tardif, certaines formes infiltrantes diffuses ne se traduisent que par la rigidité des bords. Quelquefois, tout le caecôlon peut apparaître rétréci et cartonné, rappelant les images de l'inite gastrique.

Si cette rigidité segmentaire est un excellent signe d'infiltration pariétale maligne, la tuberculose cependant peut donner les mêmes aspects.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-:-

Nous avons signalé en décrivant les différentes images radiologiques observées, que celles-ci peuvent être réalisées par des affections très différentes. Mais pratiquement, le diagnostic différentiel est à faire avec :

- La tuberculose. Mais ici les lésions sont plus diffuses et les localisations multiples. Elle s'accompagne d'une atteinte et d'une dilatation de l'iléon terminal. Les images sont à contours moins nets et l'inflammation et le spasme sont plus importants.

En plus, le contexte clinique bien particulier, et des examens complémentaires que l'on ne manquera pas de pratiquer faciliteront le diagnostic.

- Tumeurs inflammatoires. D'origine appendiculaire donc de siège toujours caecal, elles régressent au cours du traitement ce qui les différencie du cancer ; mais ces images sont quelquefois trompeuses.

Notons enfin que le diagnostic différentiel devra être fait avec la tumeur bénigne plus circonscrite et arrondie et le stercorolithe qui tend à augmenter le volume du colon au lieu de le réduire.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Un fait domine la pathologie des cancers du caecum : le très grand calibre de cet organe qui explique que les tumeurs ne deviennent occlusives que très tardivement.

Les signes fonctionnels du début sont longtemps discrets. La pauvreté clinique est bien connue, car ce ne sont que des symptômes d'emprunt qui n'inquiètent pas ou qui égarent.

C'est dire que la majorité des malades ne vient consulter qu'à une période avancée de l'évolution de leur tumeur.

Notre étude s'appuie sur dix observations du cancer du caecum, qui mettent bien en lumière les principales difficultés auxquelles on se heurte pour l'élaboration du diagnostic.

Difficultés cliniques : petits troubles isolés du transit qui n'inquiètent pas lorsqu'ils sont isolés.

Signes intestinaux peu importants qui souvent chez des personnes âgées n'attirent pas l'attention. De même que les

rectorragies ne prennent aux yeux d'un malade plusieurs fois opéré pour des hémorroïdes qu'une faible valeur.

Nous avons insisté longuement sur tout ce que l'on pouvait tirer d'un examen radiologique bien conduit.

A ces difficultés cliniques s'ajoutent des difficultés de technique et d'interprétation dont nous avons cité plusieurs exemples.

A la fin de cette étude, nous sommes obligés de constater que le diagnostic du cancer du caecum est encore de nos jours relativement tardif.

Pour parvenir à de meilleurs résultats le rôle du radiologiste est capital puisque son examen permet de visualiser une lésion qui n'est que soupçonnée voire même totalement inconnue.

La technique, d'une importance si grande, devra toujours être rigoureuse et l'on choisira judicieusement entre les différents modes d'examen qui nous sont offerts pour faciliter la mise en évidence des lésions.

L'expérience personnelle du radiologiste est capitale, tant pour l'interprétation que pour permettre de visualiser une lésion qui passerait inaperçue sur un cliché courant.

Ce qui nous permet d'insister sur le rôle néfaste des examens pratiqués avec routine qui n'apportent qu'une fausse sécurité.

La collaboration étroite de la clinique et de la radiologie reste un facteur essentiel qui doit permettre de poser un diagnostic à un stade précoce.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : SICARD

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BIENAYME

Cancer du côlon droit
Thèse de Paris 1956 N° 147

R. BOUCARD

Côlon. Cancer et diverticules. Les
difficultés de leur diagnostic dif-
férentiel
Thèse 1952 N° 66

J.R. FAGNART

A propos de l'hémi-colectomie droite
pour cancer
1953 volume 95 N° 79

FINSTERER

Cancer du côlon droit
Journées Médicales Toulousaines mai
1948

GOSSET

Cancer du côlon droit
Thèse Paris 1933

SENEQUE

Cancer du côlon droit
Presse Médicale 1951

BUTLER d'ORMOND

Cancer du rectum et du caecum
Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris 16 mai 1930

CUGNIER

Cancer de la valvule iléo-caecale
Thèse Paris 1912

DUVERGEY

Cancer du caecum
Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux 31 janvier 1910

LERICHE

Résections caeco-coliques
Lyon Chirurgical 29 janvier - février 1932

PATEL et SASSARD

Néo du caecum
Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon 14 mai 1930

DESMARETS

Cancer du caecum
Thèse Paris 1908

OZYNCK

Tumeurs du gros intestin
Travaux de chirurgie anatomo-clinique (Hartmann) 1907

QUENU

Chirurgie de l'abdomen
158-926

LEFORESTIER J.Y.

Lymphosarcome primitif du caecum
Thèse Paris 1939 N° 285

WORHER René

Contribution à l'étude radiologique
de certaines tumeurs du sigmoïde
Thèse Médicale Paris 1955

ROUX Marcel

Les cancers du côlon
1955

BLUHBAUM-FRICK

Nouvel emploi des colloïdes en radio-
diagnostic
1927

GODLEWSKI

Au sujet de l'examen radiologique du
côlon
Archives des maladies de l'appareil
digestif 1951

RACHET, BUSSON et MORIN

Le diagnostic radiologique du cancer
du côlon.
Archives des maladies de l'appareil
digestif 1951

RACHET, BUSSON

Maladies de l'intestin et du péri-
toine

RACHET, AMOUS, GALMICHE

Les radiographies en série du côlon

LEDOUX-LEBARD

Tumeurs descôlons
Traité de radio-diagnostic clinique

d'ALLAINES et MARINGARBE

Tumeurs villeuses du côlon
1942 Tome 31 pages 191-201

DEBRAY, LE CANUET, CHATELAIN, PETIT,
AUSSAGE

Les polypes isolés du côlon et leurs
signes de dégénérescence néoplasique

DELANNOY, PARIS, VERHAEGNE
Gastro-entérologie du nord.

KLEIN, SCARBOROUGH
Traitement et diagnostic des polypes
du côlon

GILBERT et KADZNKA
Du rôle de l'imprégnation colloïdale
dans l'examen du gros intestin en
couche mince.

LE CANUET, CALABRET, CASAINO
Le rayon oblique et les positions
transversales

LEDOUX-LEBARD
Sur l'emploi en radio-diagnostic des
substances opaques de la série du
thorium

MORETON
Polypes fictifs en radiologie de
double contraste

LEVY
Etude radiologique de la contraction
du gros intestin après injection
d'extrait hypophysaire

POINTET
Emploi du lavement baryté au tanin
pour l'étude de la muqueuse colique

YOUNG
Examen de routine du gros intestin.

ZIEGLER

Les polypes solitaires du côlon.
Thèse Paris 1953

SARRASIN

Les solutions colloïdales dans
l'examen de la muqueuse du gros in-
testin. Leur valeur. Technique d'em-
ploi.

SERMENT

--:--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

--:--

